



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Medicina Humana

**Características del Síndrome de Burnout en médicos
residentes de la especialidad de psiquiatría del Hospital
Víctor Larco Herrera - Lima 2018**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Marjorie Isabelle PALOMINO FLORES

ASESOR

José Carlos DELGADO RÍOS

Lima, Perú

2018



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Palomino M. Características del Síndrome de Burnout en médicos residentes de la especialidad de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera - Lima 2018. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2018.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA



ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

Siendo las 12:00 horas del día veinticuatro de abril del año dos mil dieciocho, en el aula 2B del pabellón de aulas de la Facultad de Medicina, se reunió el Jurado integrado por los doctores: Luis Américo Reátegui Guzmán (Presidente), Ana Estela Delgado Vásquez (Miembro) Y José Miguel Angel Cabrejos Pinto (Miembro).

Se realizó la exposición de la tesis titulada "**CARACTERÍSTICAS DEL SINDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA - LIMA 2018**", presentado por doña **Marjorie Isabelle Palomino Flores**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, habiendo obtenido el calificativo de *Dieciséis* (16).

Dr. Luis Américo Reátegui Guzmán
Presidente

Dra. Ana Estela Delgado Vásquez
Miembro

Dr. José Miguel Angel Cabrejos Pinto
Miembro



Dedicatoria:

*A mis padres, Arturo y Elizabeth, que me enseñaron el valor de la perseverancia,
a ser valiente, tolerante y justa no importa que el mundo diga lo contrario.*

*A Neil, Kathy y Melissa por la generosidad, la paciencia, el apoyo, pero sobre
todo por la amistad.*

Agradecimientos:

*Al Dr. José Carlos Delgado Rios por el tiempo y dedicación para la realización
de este trabajo.*

A la Dra. Vania Guerra Vela por su bondad y diligencia.

ÍNDICE

Resumen

Abstract

CAPITULO I

1. Introducción.....	pág. 1
2. Formulación del problema.....	pág. 3
3. Marco teórico.....	pág. 6
3.1 Antecedentes.....	pág. 6
3.2 Bases teóricas.....	pág. 12
3.2.1 Síndrome de Burnout.....	pág. 12
3.2.2 Prevalencia del Síndrome de Burnout.....	pág. 16
4. Formulación de objetivos.....	pág. 19
4.1 Objetivo general.....	pág. 19
4.2 Objetivos específicos.....	pág. 19
5. Justificación de la investigación.....	pág. 20
6. Limitaciones del estudio.....	pág. 20

CAPITULO II

7. Formulación de la hipótesis.....	pág. 21
8. Diseño metodológico.....	pág. 21
8.1 Tipo de investigación.....	pág. 21
8.2 Población.....	pág. 21
8.3 Criterios de selección.....	pág. 21
8.3.1 Criterios de inclusión.....	pág. 22
8.3.2 Criterios de exclusión.....	pág. 22
8.4 Muestra.....	pág. 22
8.5 Variables.....	pág. 22
8.5.1 Condiciones sociodemográficas.....	pág. 22
8.5.2 Síndrome burnout.....	pág. 23
8.6 Operacionalización de variables.....	pág. 23
9. Técnicas e instrumentos.....	pág. 26
9.1 Cuestionario de Burnout de Maslach (MBI)	pág. 26
9.2 Técnica.....	pág. 28
10. Plan de recolección de datos.....	pág. 29
11. Plan de análisis estadístico.....	pág. 29
12. Consideraciones éticas y consentimiento informado.....	pág. 30

CAPITULO III

13. Resultados.....	pág. 31
---------------------	---------

13.1 Características sociodemográficas de los médicos residentes participantes.....	pág. 31
13.2 Características del Síndrome de burnout de acuerdo a dimensiones en los médicos residentes participantes.....	pág. 35
14. Discusión y análisis de resultados.....	pág. 45
CAPITULO IV	
15. Conclusiones.....	pág. 49
16. Recomendaciones.....	pág. 49
17. Referencias bibliográficas.....	pág. 51
Anexos.....	pág. 57

LISTA DE TABLAS

TABLAS

TABLA 1

Operacionalización de variables..... pág. 24

TABLA 2

Dimensiones del síndrome de burnout según niveles en los 29 Médicos
residentes participantes..... pág. 36

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1

Médicos residentes de la especialidad de psiquiatría según sexo..... pág. 32

FIGURA 2

Médicos residentes de la especialidad de psiquiatría según edad..... pág. 33

FIGURA 3

Médicos residentes de la especialidad de psiquiatría según estado civil..... pág. 34

FIGURA 4

Médicos residentes de la especialidad de psiquiatría según horas de trabajo diario..... pág. 35

FIGURA 5

Agotamiento o cansancio emocional según nivel en los médicos residentes participantes..... pág. 36

FIGURA 6

Despersonalización según nivel en los médicos residentes participantespág. 37

FIGURA 7

Realización personal según nivel en los médicos residentes participantes.pág. 37

FIGURA 8

Dimensiones del síndrome de burnout según nivel en los médicos residentes de primer año..... pág. 38

FIGURA 9

Dimensiones del síndrome de burnout según nivel en los médicos residentes de segundo año..... pág. 39

FIGURA 10

Dimensiones del síndrome de burnout según nivel en los médicos residentes de tercer año..... pág. 40

FIGURA 11

Frecuencia del síndrome de burnout en médicos residentes de la especialidad de psiquiatría del HVLH..... pág. 41

FIGURA 12

Frecuencia de síndrome de burnout por año de residentado médico..... pág. 42

FIGURA 13

Frecuencia del síndrome de burnout según sexo..... pág. 43

FIGURA 14

Frecuencia de síndrome de burnout de acuerdo a edad..... pág. 44

FIGURA 15

Frecuencia de síndrome de burnout por horas de trabajo de jornada laboral pág. 45

Resumen

Introducción: El síndrome de Burnout se desarrolla en todos los contextos laborales en respuesta a una situación de estrés laboral crónico. Está presente frecuentemente en personas que están en contacto directo con otras personas, como el personal de los servicios de salud (hospitales, centros de salud y otros). Este síndrome presenta, tres dimensiones esenciales: el cansancio o agotamiento emocional, la despersonalización y la sensación de baja realización profesional. Según la literatura médica los Médicos residentes de la especialidad de psiquiatría tienen alto riesgo de desarrollar esta condición.

Objetivos: Describir las características del Síndrome de Burnout en los médicos residentes de la especialidad de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera en febrero del 2018.

Diseño: Se realizó un estudio descriptivo, observacional de corte transversal. Muestra: participaron 29 Médicos residentes de la especialidad de psiquiatría del 1ro, 2do y 3er año en febrero del año 2018. Método: Se utilizó una ficha sociodemográfica y el cuestionario Maslach Burnout Inventory - HSS

Resultados: Se encontró que los médicos residentes la especialidad de psiquiatría del HVLH tienen un cansancio emocional alto en el 17.24%, una despersonalización de nivel alto en un 20.69% y una sensación de realización personal baja en un 62.06%, además se halló una frecuencia de 17.24% del síndrome de burnout.

Conclusiones: La dimensión más afectada fue la realización personal, un 62.66% presentan bajo nivel de esta. La frecuencia del Síndrome de burnout fue de 17.24%, presentándose más en médicos residentes del sexo femenino, de 2do año, solteras, edad entre 25 y 34 años, que trabajaban de 8 a 10 horas por día.

Palabras Clave: síndrome de burnout, médicos residentes de psiquiatría.

Abstract

Introduction: Burnout syndrome develops in all work contexts in response to a situation of chronic work stress. It is frequently present in people who are in direct contact with other people such as health service personnel (hospitals, healthcare centers and others). This syndrome has three dimensions: fatigue or emotional exhaustion, depersonalization, and a sense of reduced personal accomplishment. According to the medical literature, psychiatric trainees have a high risk of developing this condition..

Objectives: Describe the characteristics of the Burnout Syndrome in the psychiatric trainees of the Víctor Larco Herrera Hospital in February 2018.

Design: A descriptive, observational, cross-sectional study was conducted. Sample: 29 psychiatric trainees of the 1st, 2nd and 3rd year of study in February of the year 2018. Method: A sociodemographic sheet and the Maslach Burnout Inventory - HSS were used.

Results: It was found that the psychiatric trainees of HVLH have a high fatigue or emotional exhaustion in 17.24%, a depersonalization of high level in a 20.69% and sense of reduced personal accomplishment in 62.06%, in addition a frequency of 17.24% of burnout syndrome was found.

Conclusion: The most affected dimension was personal accomplishment, 62.66% presented low level of this. The Burnout syndrome frequency was of 17.24%, being presented more in female psychiatric trainees, of 2nd year, single, age gap between 25 and 34 years, who worked from 8 to 10 hours per day

Keywords: burnout syndrome, psychiatric trainees.

CAPITULO I

1. Introducción

El síndrome de burnout está definido por la tríada de agotamiento emocional, despersonalización y bajo sentido de realización personal ⁽¹⁾. El agotamiento emocional se describe como la sensación de estar sobrecargado por responsabilidades laborales; la despersonalización se caracteriza por un paulatino desarrollo de cinismo para con los compañeros de trabajo e indiferencia y respuestas emocionales impersonales hacia los destinatarios de los servicios de salud; por último, un bajo sentido de realización personal a menudo es acompañado de una incapacidad para completar tareas y un sentimiento de desinterés por el trabajo ⁽²⁾.

El Síndrome de burnout en es observado en áreas de trabajo donde existe contacto con personas, por ejemplo, en la educación y en la atención médica. Actualmente es considerada una condición que puede afectar a cualquier individuo ⁽³⁾.

Hay acuerdo general en que el Síndrome de burnout en es una respuesta al estrés crónico (a largo plazo y acumulativo), con consecuencias negativas a nivel individual y organizacional. El término no está incluido en el DSM-V y en el CIE 10, solo es mencionado entre los factores que influyen en el bienestar del individuo (Z73.0) ⁽⁴⁾. En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud lo reconoció como un factor de riesgo laboral debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso poner en riesgo la vida de la persona que lo sufre ⁽⁵⁾.

Estos factores disminuyen la satisfacción con impacto negativo sobre el compromiso institucional y disminución en la calidad de la atención médica.

Todos los usuarios de los servicios, de salud tienen derecho a una atención de calidad, más aun los pacientes usuarios de los servicios de salud mental si tomamos en cuenta su especial vulnerabilidad; por lo tanto, el personal que labora en los hospitales psiquiátricos debe garantizar la calidad de sus servicios. Parte importante para lograrlo es que el personal desempeñe sus labores en las mejores condiciones posibles, tanto personales como institucionales. El impacto del Síndrome de burnout en se da principalmente en esta esfera, por eso es fundamental conocer su presencia.

En el Lima, uno de los centros especializados en atención en salud mental es el Hospital Víctor Larco Herrera (HVLH). Es una institución que presta servicios de atención a problemas de salud mental, especialmente a la población de bajos recursos. Su objetivo es brindar una atención altamente especializada, dedicada a la prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas que sufren de trastornos mentales. Es uno de los únicos 3 centros especializados en Lima y el que atiende mayor cantidad de pacientes ⁽⁶⁾. Se ha demostrado que personal se salud con Síndrome de burnout en reporta una deficiente calidad y seguridad en la atención del paciente, mayor ausentismo y mayores tasas de renuncia ⁽⁷⁾. Entonces, bajo los lineamientos por los cuales se maneja el HVLH se debe esperar atención de calidad, la cual no se daría si el personal está afectado por el Síndrome de burnout en.

2. Planteamiento del problema

Entre el personal de salud, los Médicos residentes son quienes tienen un contacto más frecuente con pacientes, y presentan una mayor cantidad de horas de trabajo, razón por la que serían los más susceptibles de desarrollar Síndrome de burnout.

Por otro lado, se ha determinado, también, que alguna de las características observadas en esta población puede llevarlos más fácilmente a desarrollar este síndrome ⁽⁸⁾. Estas características son: perfeccionismo, supresión de sentimientos, dificultades para negarse ante la demanda excesiva, dificultades para tomar vacaciones, personalidad obsesivo-compulsiva e incapacidad para contar sus problemas personales.

La investigación sobre el Síndrome de burnout en el personal de salud mental ha quedado rezagada respecto a otras áreas de la atención médica, pero las investigaciones que se han realizado sugieren que el Síndrome de burnout puede ser un problema particular en este grupo, con tasas de prevalencia que van desde 21 a 67%⁽⁹⁾.

En principio, los médicos residentes de la especialidad de psiquiatría deberían experimentar factores estresantes de empleo similares y los mismos factores contextuales que los médicos residentes de otras disciplinas médicas. Sin embargo, varios estudios han identificado factores específicos en los profesionales de salud mental. Estos se derivan del estigma asociado a menudo con este campo, especialmente las relaciones exigentes que se tiene con los pacientes, las interacciones desafiantes con otros profesionales en equipos

multidisciplinarios, amenazas a la integridad física por la frecuencia de pacientes violentos y problemas médico-legales ⁽¹⁰⁾.

Para poder entender la susceptibilidad de los médicos y médicos residentes psiquiatras al Síndrome de burnout es esencial examinar los factores que hacen de esta especialidad una profesión estresante. La psiquiatría como especialidad médica conlleva una dificultad a la hora de formar médicos, su lenguaje, el campo que estudia, plantea un punto de quiebre con la formación recibida como estudiante ⁽¹¹⁾. Se ha identificado la violencia y el temor a la misma, la escasez de recursos y el hacinamiento en los pabellones psiquiátricos como los mayores causantes de estrés y Síndrome de burnout entre psiquiatras ⁽¹²⁾.

Así mismo, los Médicos residentes están sometidos a intensas demandas de trabajo diario, puesto que están en un proceso de formación profesional con presión académica y retos personales de superación profesional que requiere disponibilidad completa del joven médico, además de estar sometido constantemente a prueba, a disminución de horas de sueño, cansancio físico, distanciamiento de seres queridos, que se suma, en los médicos residentes de psiquiatría, a la carga adicional de desarrollar las habilidades y competencias únicas exigidas por esta especialidad; por lo que son considerados la población más susceptible de sufrir Síndrome de burnout. ⁽¹³⁾.

El Síndrome de burnout también se ha asociado empíricamente con sentimientos negativos del médico hacia los usuarios de los servicios de salud mental. Un estudio encontró que los altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización se correlacionaron con actitudes negativas hacia los pacientes ⁽¹⁴⁾.

Las actitudes negativas del personal, a su vez, se han relacionado con peores

resultados en los tratamientos entre los pacientes con enfermedades psiquiátricas graves ⁽¹³⁾. Otro estudio que relacionó empíricamente el Síndrome de burnout con la escasa satisfacción del consumidor en servicios de salud, tuvo como resultado que la dimensión de agotamiento o cansancio emocional del Síndrome de burnout., se relacionó significativamente con los puntajes de escasa satisfacción del consumidor ⁽⁹⁾.

Como se ha descrito, el desarrollo de Síndrome de burnout entre los psiquiatras y Médicos residentes no solo se da por las características personales y las de la especialidad, tiene además un profundo impacto en la productividad: las cifras de 2016 sugieren que el personal de salud mental se toma más días por enfermedad que aquel personal en otras áreas de atención. El estrés es también más alto, con el 41% del personal de salud mental que informa sentir este malestar en comparación con el 35% de otras áreas de atención ⁽⁷⁾.

En conclusión, el Síndrome de burnout parece ser más común entre los Médicos residentes y los médicos jóvenes. La residencia es una época de gran estrés, más aun para los de la especialidad de psiquiatría y esto puede contribuir al desarrollo de Síndrome de burnout.

Es debido a esto que nos preguntamos ¿cuáles son las características del Síndrome de burnout en los Médicos residentes de la especialidad de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera en Lima en febrero del 2018?

3. Marco teórico

3.1 Antecedentes

Se han realizado diversos estudios sobre prevalencia de Síndrome de burnout en todo tipo de profesiones, mayormente en el ámbito internacional, estos se presentan a continuación: el personal del Departamento de Salud Pública de la Universidad Estatal de Londrina en Brasil (2017) , llevo a cabo una revisión sistemática en diferentes bases de datos como PubMed, Science Direct, PsycInfo, SciELO, LILACS y Web of Science que tuvo como objetivo resumir la evidencia de las consecuencias físicas, psicológicas y ocupacionales del Síndrome de burnout en trabajadores de cualquier área ⁽¹⁵⁾. Se excluyeron trabajos realizados en estudiantes. Tuvo como resultados que el Síndrome de burnout fue un predictor significativo de consecuencias físicas tales como: hipercolesterolemia, diabetes tipo 2, enfermedad coronaria, dolores musculoesqueléticos, cambios en experiencias de dolor, fatiga prolongada, problemas gastrointestinales, problemas respiratorios, lesiones graves y mortalidad menor de 45 años. Los efectos psicológicos fueron: insomnio, síntomas depresivos, uso de medicamentos psicotrópicos y antidepresivos, entre otros. Como resultados, en el ámbito profesional se tuvo insatisfacción en el trabajo, ausentismo, demandas laborales, etc. Esta revisión concluyo que las manifestaciones descritas son efectos consistentes del Síndrome de burnout.

En cuanto al Síndrome de burnout en personal de salud, se encontró un artículo publicado en el *BJPsych bulletin* (2017) que tuvo como objetivo la revisión sistemática de la prevalencia y los factores asociados del Síndrome de burnout y los trastornos psiquiátricos relacionados con el estrés entre los médicos del Reino Unido ⁽¹⁶⁾. Se utilizó las bases de datos PubMed, EBSCO, host y revistas médicas británicas para los estudios publicados en un lapso de 20 años

midiendo la prevalencia de enfermedades psiquiátricas (utilizando el Cuestionario General de Salud) y del Síndrome de burnout. (utilizando el Inventario de Maslach Burnout). Sus resultados mostraron una tasa alta de Síndrome de burnout y de enfermedades psiquiátricas entre los médicos participantes; los factores personales y organizacionales contribuyen a estas afecciones, por lo que los esfuerzos realizados para contrarrestar estos problemas deben apuntar a ambos niveles. Como recomendaciones indicaron que los profesionales de la salud sean conscientes de sus vulnerabilidades y de su responsabilidad para con los pacientes, en el sentido de no descuidar su salud mental.

En cuanto a Síndrome de burnout en Médicos residentes se pudo encontrar, entre otros, un trabajo realizado por investigadores del Departamento de Medicina de la Mayo Clinic College of Medicine de Minnesota en EE.UU (2015), quienes publicaron un estudio cuyo objetivo fue resumir los artículos que informan sobre el Síndrome de burnout entre estudiantes de medicina y Médicos residentes ⁽¹⁷⁾. Se encontró que los médicos residentes, tienen una alta prevalencia de Síndrome de burnout. (49%). Concluyeron que la preparación para ser especialista demuestra ser una tarea estresante y que se necesitan estudios prospectivos para identificar relaciones de causa y efecto para mejorar la experiencia del residente.

En Latinoamérica también se pudieron encontrar diversas investigaciones sobre el tema, como un artículo de revisión de trabajos hechos en el continente realizada por profesionales de la Facultad de Medicina y Psicología de la Universidad Autónoma de Baja California en México (2017) con el objetivo de establecer la frecuencia del Síndrome de burnout en el personal de salud en países latinoamericanos⁽³⁾, al igual que observar las diferencias entre prevalencia del Síndrome de burnout de distintas especialidades médicas y comparar estos resultados con los obtenidos en otras partes del mundo.

Utilizaron la base de datos PubMed. Entre sus resultados se obtuvo que las tasas de prevalencia encontradas están dentro de los rangos encontrados en otras partes del mundo. Sin embargo, los resultados en Latinoamérica sugieren que las horas laboradas en el campo hospitalario y en atención primaria están sobrecargadas, que no existen medidas para prevenir el Síndrome de burnout y que hay un exceso en la demanda laboral, se concluyó que estos factores contribuyen al aumento en la frecuencia del Síndrome de burnout en los trabajadores de la salud en Latinoamérica.

Otro estudio de interés fue el llevado a cabo por investigadores de la Universidad Federal de Pernambuco de Recife en Brasil (2016) quienes buscaron determinar la prevalencia del Síndrome de burnout entre los médicos residentes de diversas especialidades y evaluar sus factores asociados ⁽¹⁸⁾. Encontraron que la prevalencia del Síndrome de burnout era acorde con estudios brasileños previos. Los médicos residentes de especialidades quirúrgicas y aquellos que sufrieron algún evento estresante fueron identificados como susceptibles para desarrollar Síndrome de burnout. Se concluyó que la identificación de los factores de riesgo es fundamental para la implementación de medidas preventivas medidas contra el Síndrome de burnout.

En cuanto a experiencias nacionales, también se han llevado a cabo diversos estudios de Síndrome de burnout en personal de salud, el de mayor envergadura se realizó en personal médico y de enfermería (2016) que busco evaluar la prevalencia del Síndrome de burnout, usando la base de datos de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud del año 2014⁽⁸⁾. Participaron 5062 profesionales de la salud de los cuales 44,0% eran médicos. Se obtuvo una prevalencia global del Síndrome de burnout de 2,8% usando valores predeterminados; 7,9% para puntos de corte según cuartiles; y 12,5% usando terciles; concluyeron que la prevalencia del síndrome en personal

sanitario es distinta en una misma población dependiendo del punto de corte elegido y que la prevalencia de Síndrome de burnout es mayor en médicos que en enfermeras, independientemente del punto de corte usado.

Otro trabajo de investigación fue realizado en Ica (2013) el cual busco determinar la prevalencia y los factores asociados al Síndrome de burnout en el personal de salud del Hospital Santa María del Socorro de Ica ⁽¹⁹⁾. Encontraron que la prevalencia del Síndrome de burnout fue de 3,78% (9 casos) y 96,22% (299 casos) se encuentran en riesgo de tener este problema. Se halló diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes promedio en relación con la ingesta de medicamentos. Concluyeron que en este Hospital hay una baja prevalencia del Síndrome de burnout; sin embargo, la mayoría del personal está en riesgo de padecerlo. La ingesta de medicamentos se asocia a la presencia de este síndrome.

Se encontraron pocos trabajos publicados sobre Síndrome de burnout. y Médicos residentes hechos en nuestro territorio, entre ellos uno realizado por investigadores del Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima (2012) que tuvo como objetivo determinar la frecuencia de la coexistencia del Síndrome de burnout y síntomas depresivos en Médicos residentes de todas las especialidades del Hospital en mención⁽²⁰⁾. Se utilizó la versión en español del inventario de Maslach (MBI) para Síndrome de burnout y la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D 20). Se analizó la información de 84 médicos residentes y tuvieron entre sus resultados que la frecuencia de Síndrome de burnout fue 54,9% y de sintomatología depresiva 38,6%. El 32,9% presentó síntomas depresivos y Síndrome de burnout. No se encontró asociación entre el número de horas trabajadas a la semana con la presencia de síntomas depresivos o Síndrome de burnout. Concluyeron que la coexistencia entre Síndrome de burnout y síntomas depresivos debe tenerse

en cuenta para desarrollar investigaciones e intervenciones en esta población médica para reducir su presentación y complicaciones derivadas.

Sobre el Síndrome de burnout en personal de salud mental, se encontraron escasos trabajos de investigación de los cuales solo algunos se enfocaron en Médicos residentes, la mayoría en el ámbito internacional y solo uno en el nacional, estos se presentan a continuación: investigadores de la Universidad de Liverpool de la misma ciudad en Inglaterra (2017), llevaron a cabo una revisión sistemática que tuvo como objetivo examinar el problema del Síndrome de burnout y el bienestar en el personal de salud mental ⁽⁷⁾. Se examinó tendencias, causas, implicaciones e intervenciones en cuanto al Síndrome de burnout y bienestar en el personal de salud que trabaja en servicios de salud mental. Como resultados se observó que el personal en los entornos de salud mental informan tasas más altas de Síndrome de burnout y sensación de no bienestar que aquellos en otros sectores de la salud.

En el 2016, se realizó un estudio a gran escala sobre Síndrome de burnout entre Médicos residentes de psiquiatría ⁽²¹⁾, tuvo como objetivo determinar las tasas de Síndrome de burnout entre los médicos residentes de psiquiatría de 22 países europeos e identificar los factores individuales, educativos y relacionados con el trabajo asociados con Síndrome de burnout severo. Se obtuvieron datos de 1980 médicos residentes. Los participantes tenían en promedio 31.9 años con 2.8 años de residencia. Se encontró un Síndrome de burnout severo en 726 (36.7%) de ellos. El riesgo fue mayor para los que eran más jóvenes, sin hijos y no habían optado por la psiquiatría como primera opción de especialidad. Entre sus conclusiones se encontraron como principales factores de riesgo para desarrollar Síndrome de burnout, la cantidad de horas de trabajo y tener una edad menor que el promedio, además se observó, por primera vez, que la falta de supervisión y que la psiquiatría no

fuese la primera opción de especialidad fueron una influencia negativa para desarrollar Síndrome de burnout.

En Latinoamérica también se realizaron estudios en Médicos residentes de la especialidad de psiquiatría, como el publicado en la revista *IntraMed* (2017) que tuvo como objetivo principal determinar la prevalencia del Síndrome de burnout en Médicos residentes de psiquiatría de todo el territorio de la República Argentina ⁽¹¹⁾. Participaron 170 Médicos residentes y tuvieron entre sus resultados una prevalencia de 30.32% de Síndrome de burnout. Concluyeron que su población de Médicos residentes presentó un índice importante de Síndrome de burnout relacionado principalmente con características sociodemográficas y con el tipo de sistema de formación al que cada participante se encontraba adscripto.

Como se mencionó anteriormente, en Perú solo se encontró un trabajo de investigación sobre Síndrome de burnout en Médicos psiquiatras (2011) ⁽²²⁾, este buscó describir la prevalencia del Síndrome de burnout asociado a características sociodemográficas y laborales de psiquiatras del Hospital Hermilio Valdizan. Participaron 36 médicos psiquiatras y tuvieron entre sus resultados un 69.4% de agotamiento o cansancio emocional, despersonalización en un 80.6% y baja realización personal en un 75%. Concluyeron que la mayoría de profesionales tienen bajos niveles de Síndrome de burnout sin relación significativa con las características sociodemográficas y laborales estudiadas.

Cabe resaltar que casi la totalidad de estos estudios ^(8, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 22), utilizaron el Maslach burnout Inventory (MBI) como instrumento de medición para determinar la prevalencia de Síndrome de burnout.

3.2 Bases teóricas

3.2.1 *Síndrome de Burnout*

El “burnout” es un término en inglés que significa agotamiento o extenuación. Su primera asociación a una condición médica fue hecha en la literatura: Graham Greene en 1961, en su novela *A Burnt-Out Case* ⁽¹⁰⁾, describe a un arquitecto que sufre de agotamiento laboral y que decide dejarlo todo y huir a otro continente. Posteriormente, en 1974, el psiquiatra germano-estadounidense Herbert J. Freudenberger realizó la primera conceptualización de esta afección, a partir de observaciones que realizó mientras laboraba en una clínica para toxicómanos en New York, él notó que muchos de sus compañeros de equipo de trabajo, luego de más de 10 años comenzaban a sufrir pérdida progresiva de energía, idealismo y empatía con los pacientes además de agotamiento físico, ansiedad, depresión y desmotivación con el trabajo ⁽⁵⁾ Posteriormente, Pines et al. Definió al Síndrome de burnout como un estado de agotamiento físico, emocional y mental ⁽¹⁰⁾.

Sin embargo, fueron Christina Maslach y Susan Jackson, en 1981, las primeras en estudiar al Síndrome de burnout a profundidad además de introducir modificaciones fundamentales en su definición y, lo más importante, diseñar una herramienta para evaluar su presencia ⁽¹⁾, el Maslach Burnout Inventory (MBI), el más aceptado y usado desde ese año en adelante.

La definición de Síndrome de burnout utilizada en el presente trabajo es la acuñada por las mencionadas autoras.

Así visto el Síndrome de burnout es una respuesta prolongada a los estresores

emocionales e interpersonales del trabajo, pero además este constructo es dimensional y consta de tres características principales: agotamiento o cansancio emocional, despersonalización y realización personal, Maslach propuso que primero ocurre el agotamiento emocional y llevaría a la despersonalización; la sensación de menor realización personal se produciría en forma aislada. ⁽¹¹⁾.

El *agotamiento emocional* consiste en síntomas somáticos, disminución del manejo emocional y sensación de no poder ofrecer nada a otros, pérdida progresiva de energía y desgaste. Los principales factores asociados son la carga de trabajo y los conflictos personales asociados.

La *despersonalización* implica una respuesta de distanciamiento y desapego emocional hacia el paciente y entorno laboral; el riesgo principal es la deshumanización de la práctica. En general la despersonalización suele ser el foco de atención puesto que el profesional de la salud, inicia un proceso de aislamiento emocional como modulador de los elevados niveles de estrés.

La *realización personal* implica una sensación de competencia y logros en el trabajo, la persona afectada tiene niveles bajos de esta lo que puede llevar a un sentimiento autoimpuesto de fracaso.

Dichos componentes o dimensiones se presentan de forma insidiosa, no súbita si no paulatina, cíclica, puede repetirse a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo ⁽⁵⁾.

Algunos autores hablan de manifestaciones que consideran como signos de

alarma, pródromos o como parte del cuadro clínico ⁽²³⁾, mientras que para otros estas serían entidades sobre agregados o acompañantes y que se relacionan con el tipo de personalidad y factores organizacionales y socioculturales ⁽²⁴⁾:

- Negación: la persona afectada es la última en aceptar que tiene el problema.
- Aislamiento: es frecuente que la persona afectada se retire de la familia, sus colegas y amigos.
- Ansiedad, miedo o temor: es la sensación persistente que tiene el afectado de que algo malo va a suceder, se puede asociar con una sensación de temor de acudir al trabajo.
- Trastorno depresivo: es una de las entidades más frecuentemente asociada al síndrome, incluso algunos encuentran dificultad en diferenciarlas sobre todo con la depresión asociada al trabajo ⁽²⁵⁾.
- Ira: las manifestaciones incluyen perder la calma y el control, manifestando un enojo exagerado en relación a la causa que la motiva.
- Fuga o anulación: el médico muestra un desinterés en el trabajo.
- Adicciones: se inicia o aumenta el empleo de sustancias, que pueden ser prohibidas o no.
- Cargas excesivas de trabajo: el aceptar varios turnos o guardias o pasar mucho tiempo en el hospital para comprobar que todo está bien es otra manifestación de auto negación.
- Comportamiento riesgoso: comportamiento no característico de la persona, el cual puede ir desde simplemente vergonzoso, inapropiado e impulsivo; hasta peligroso en diversos ámbitos de la vida, incluyendo el sexual con conductas de riesgo.

- Abandono de sí mismo. Se presenta un cambio en la pulcritud, higiene y arreglo personal. Hay cambios en el hábito alimenticio con pérdida o ganancia de peso exagerada.
- Pérdida de la memoria y desorganización. Existe dificultad para concentrarse y aprender cosas nuevas.

Además se acompaña de síntomas físicos como cefalea, mareos, fatiga muscular, etc.

En general, pueden establecerse dos tipos de repercusiones del Síndrome de burnout: para el individuo con toda la sintomatología y problemas asociados y para la institución, en cuanto a insatisfacción, propensión al abandono, ausentismo, etc. Que conlleva al deterioro de la calidad del servicio.

El hecho de que la sintomatología varíe mucho de una a otra persona ha influido en ahondar las discrepancias entre algunos autores en el momento de definirlo, por lo cual, hay una variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el desarrollo del Síndrome de burnout. ⁽²⁶⁾.

La descripción que hace Gutiérrez Aceves, por ejemplo, de la presentación clínica del Síndrome de burnout es en etapas ⁽²³⁾ y desde la primera de estas ya se puede ver manifestaciones patológicas:

- Etapa 1. Se percibe desequilibrio entre demandas laborales y entre recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo.

- Etapa 2. El individuo realiza un sobre-esfuerzo para adaptarse a las demandas. Pero esto sólo funciona transitoriamente, hasta aquí se puede decir que el cuadro es reversible.
- Etapa 3. Aparece el síndrome de burnout con los componentes descritos.
- Etapa 4. El individuo deteriorado psicofísicamente e convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de los servicios.

La descripción en estadios de Farber, por otro lado, es interesante porque destaca la adición de un primer estadio no patológica que correspondería con sensaciones y expectativas de cualquier profesional que recién inicia la carrera o un nuevo empleo ⁽²⁶⁾:

1. Entusiasmo y dedicación.
2. Respuesta de ira y frustración del trabajador ante los estresores laborales.
3. No hay una correspondencia entre el esfuerzo y los resultados y recompensas.
4. Se abandona el compromiso e implicación en el trabajo.
5. Aumenta la vulnerabilidad del trabajador y aparecen síntomas físicos, cognitivos y emocionales.
6. Agotamiento y descuido.

3.2.2 Prevalencia del Síndrome de Burnout.

Se han realizado múltiples estudios acerca de la prevalencia del Síndrome de

burnout, los resultados en su mayoría no coinciden, por lo que se podría concluir que hay múltiples factores que pueden determinar la prevalencia del Síndrome de burnout, las más estudiadas: profesión, cantidad de horas de trabajo, el ambiente donde se desarrolla el individuo y características propias de su personalidad ⁽⁵⁾.

Algunos autores aseguran que el Síndrome de burnout comienza a forjarse en las facultades de medicina hasta desarrollarse por completo en la vida profesional, se han realizado estudios al respecto con resultados diversos:

- Según un estudio publicado en el 2010 en JAMA, entre los estudiantes de 7 escuelas de medicina de EE. UU. Hasta un 52.8% pueden padecer Síndrome de burnout. ⁽²⁷⁾.
- En Perú también se llevó a cabo un estudio en 7 facultades de medicina y se encontró una prevalencia de Síndrome de burnout que oscilaba entre el 1-22% y que esta se incrementaba con los años de estudio ⁽²⁸⁾. Mayor prevalencia se encontró (hasta 57.6%) si los estudiantes son también parte de sociedades científicas ⁽²⁹⁾.

Múltiples estudios han indicado una alta prevalencia de burnout entre los médicos y han demostrado que un tercio de los médicos han experimentado agotamiento en ciertos puntos a lo largo de sus carreras ⁽²⁾.

En un estudio realizado en 12 países europeos que utilizó el MBI, con médicos familiares se encontró que el 43% obtuvo un puntaje alto en las dimensiones del MBI: 35% obtuvieron un puntaje alto para despersonalización y 32% presentaron un puntaje bajo en realización personal ⁽³⁰⁾.

En otro estudio realizado en Estados Unidos, utilizando el MBI, en médicos de

diferentes especialidades se encontró que el 54,4% de médicos reportaron un puntaje alto por lo menos en una dimensión del Síndrome de burnout. ⁽³¹⁾.

En cuanto a las prevalencias del Síndrome de burnout en profesionales de la salud en Hispanoamérica podemos encontrar un estudio transversal realizado en España ⁽³²⁾, entre 11.530 iberoamericanos que trabajaban en el sector salud; la frecuencia del Síndrome de burnout se presentó en el 14,4% de los provenientes de Argentina, 7,9%, de Colombia, 5,9% de Uruguay, 4,5% de Guatemala, 4,3% de Perú, 4,2% de México, 4% de Ecuador, y 2,5% de El Salvador. Dentro de las profesiones, medicina tuvo la prevalencia más elevada del Síndrome de burnout con un 12,1%, seguida por enfermería con un 7,2%. Al considerar a las especialidades, el 17% de los médicos de urgencias presentaron Síndrome de burnout, en medicina interna 15,5%, en ortopedia 14,5%, en infectología 14,3%, en nefrología 12,8%, en cardiología 12,6%, en gastroenterología 12,3%, en medicina familiar 12%, en pediatría 11,7%, en medicina general 11,5%, en ginecología 10,9%, en oftalmología 10,3%, en neurología 8,9%, en dermatología 5,3%, en anestesiología el 5% y en psiquiatría 7,5%.

En Perú el único estudio a gran escala que se realizó en personal médico y de enfermería tuvo resultados diversos ⁽¹²⁾, ya descritos anteriormente, pero un punto acorde fue que la prevalencia es mayor en médicos que en enfermeras.

Otros estudios, también peruanos, encontraron ⁽¹⁹⁾ que en cuanto a profesión médica: existe una mayor asociación con las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización en hombres, solteros y contratados; el clima laboral, por otro lado, los protege del agotamiento emocional, la despersonalización y favorece la realización personal.

Los resultados en Latinoamérica y Perú sugieren que las horas laboradas en el campo hospitalario y en atención primaria están sobrecargadas, que no existen medidas para prevenir el Síndrome de burnout y que hay un exceso en la demanda laboral que exige al personal de salud un mayor grado de responsabilidad. Para empeorar la situación existe un cociente médico-población menor al de tres médicos por 1000 habitantes recomendado por la OMS ⁽³⁾.

4. Formulación de objetivos

4.1 Objetivo general

Describir las características del Síndrome de Burnout en los Médicos residentes de la especialidad de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera de Lima en febrero 2018.

4.2 Objetivos específicos

- a. Describir las características del cansancio o agotamiento emocional del Síndrome de Burnout en los Médicos residentes de la especialidad de psiquiatría del HVLH en el período de febrero 2018.
- b. Describir las características de despersonalización del Síndrome de Burnout en los Médicos residentes de la especialidad de psiquiatría del HVLH en el período de febrero 2018.

- c. Describir las características de realización personal del Síndrome de Burnout en los Médicos residentes de la especialidad de psiquiatría del HVLH en el período de febrero 2018.
- d. Describir las características sociodemográficas de los médicos residentes de la especialidad de psiquiatría del HVLH en el período de febrero 2018.

5. Justificación de la investigación.

Si bien se pueden encontrar numerosos estudios sobre el Síndrome de burnout y Médicos residentes de distintas especialidades, son escasos los realizados en Lima y menores aun los resultados si se buscan en personal médico de la especialidad de psiquiatría, por lo tanto, el presente estudio puede ser un primer paso para advertir la presencia de esta entidad en un grupo importante del personal del Hospital psiquiátrico que atiende la mayor cantidad de pacientes de Lima.

6. Limitaciones del estudio

Por tratarse de un estudio hecho en la población de un Hospital los resultados y recomendaciones solo serán aplicables en dicho centro.

Por ser un estudio de tipo descriptivo no se podrá informar una asociación real entre variables, solo la relación que parece existir o asociación entre las variables estudiadas y la enfermedad, esto solamente al momento de la toma de datos.

CAPITULO II

7. Formulación de la hipótesis

No aplica

8. Diseño metodológico

8.1 Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo, observacional y transversal.

8.2 Población

42 Médicos residentes de la especialidad de psiquiatría de primero, segundo y tercer año del Hospital Víctor Larco Herrera en febrero del año 2018⁽³³⁾.

8.3 Criterios de selección

8.3.1 Criterios de inclusión

Médicos residentes de la especialidad de psiquiatría de los años mencionados que aceptaron participar en el estudio y firmaron el formato de consentimiento informado.

8.3.2 Criterios de exclusión

Médicos residentes de la especialidad de psiquiatría que al momento de la aplicación del instrumento se encontraron de vacaciones.

Médicos residentes de la especialidad de psiquiatría que al momento de la aplicación del instrumento se encontraron en rotaciones fuera el Hospital.

8.4 Muestra

La muestra fue recogida de manera no probabilística por conveniencia quedando como resultado final 29 Médicos residentes de la especialidad de psiquiatría. 11 de primer año, 12 de segundo y 6 de tercer año.

8.5 Variables

8.5.1 Variable principal: *Síndrome burnout*

Este se divide en tres dimensiones:

- Agotamiento emocional
- Despersonalización
- Realización personal en el trabajo

8.5.2 Variables intervinientes: *Condiciones sociodemográficas*

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Año de residencia médica
- Jornada de trabajo en el hospital

8.6 Operacionalización de variables

En la **tabla 1** se muestra la operacionalización de variables:

Tabla 1: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	DE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR FINAL
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Determinada en años, dada por la respuesta del personal a la encuesta sociodemográfica.		Cantidad de años	En años		Ordinal.	25-34a 35-44a 45-54a 55 a +
Sexo	Conjunto de características biológicas (anatómicas y fisiológicas) que distinguen a los seres humanos.	Según observación dividido en masculino y femenino		Características observables masculinas o femeninas			Nominal	Masculino Femenino
Estado civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio	Según respuesta dada por el participante a una de las cinco opciones: soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente contenidas en la encuesta sociodemográfica.		Estado civil referido por el participante			Nominal	Soltero(a) Casado (a) Conviviente Divorciado(a) Viudo(a)
Año de residente médico	Año de la especialidad médica elegida que cursa el médico-cirujano. En Perú la especialidad de psiquiatría tiene una duración de tres años.	Dividido en tres categorías: primer, segundo y tercer año y según el participante se ubique en una de ellas en la encuesta sociodemográfica.		Año de residente referido por el participante.			Ordinal	Primer año Segundo año Tercer año

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR FINAL
Jornada de trabajo en el hospital	Tiempo que el trabajador está a disposición del empleador para brindar el servicio en base a un contrato firmado. En el Perú la Constitución Política prevé como jornada máxima de trabajo ocho horas diarias o 48 horas semanales	Según cada participante refiera en la encuesta sociodemográfica el número de horas que trabaja por día en el hospital		Cantidad de horas de trabajo por día en el Hospital.	En horas	Ordinal	<8h de trabajo diario 8-10h ídem >10h ídem
Síndrome de burnout	Respuesta prolongada a los estresores emocionales e interpersonales crónicos en el trabajo.	Conjunto de signos y síntomas caracterizados por los siguientes componentes: agotamiento o cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y sensación de baja realización personal (RP)	Cansancio o agotamiento emocional	-Sensación de extenuación emocional	Puntaje obtenido en las preguntas del MBI: 1, 2, 13, 14 y 20.	Nominal	Nivel bajo: 0-18pts Nivel intermedio: 19-26pts Nivel alto: 27 a + pts
				-Sensación de extenuación física como consecuencia de las demandas del trabajo.	Puntaje obtenido en las preguntas del MBI: 3, 6, 8 y 16		
			Despersonalización.	- Sensación de distanciamiento hacia los pacientes y su bienestar general	Puntaje obtenido en las preguntas del MBI: 5, 10, 11, 15 y 22.	Nominal	Nivel bajo: 0-5pts Nivel intermedio: 6-9pts Nivel alto: 10 a + pts
			Realización personal	- Obtención de logros personales. Autoeficacia percibida por el participante.	Puntaje obtenido en las preguntas del MBI: 18 y 19, Puntaje obtenido en las preguntas del MBI: 4, 7, 9, 12, 17 y 21	Nominal	Nivel bajo: 0-33pts Nivel intermedio: 34-39pts Nivel alto: 40 a + pts

9. Técnicas e instrumentos.

9.1. Cuestionario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory: MBI)

Como se describió más arriba, las pioneras en el desarrollo de un sistema para medir y cuantificar el Síndrome de burnout fueron Maslach y Jackson, sus trabajos se dividieron en dos etapas. En la primera, definieron el Burnout aplicándolo a profesionales que trabajaban en el área de servicios sociales y utilizaron un sistema de medida, el conocido Maslach Burnout Inventory o Cuestionario de Burnout de Maslach: MBI ⁽¹⁾. El MBI es considerado el *gold standard*, debido a que es consistente, psicométricamente adecuado, fácil de usar y el más usado a nivel mundial.

Maslach y Jackson consideraron al Síndrome de burnout un constructo tridimensional, por ello la escala está dividida en tres dimensiones: cansancio o agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y realización personal (RP), con resultados bajo, medio y alto para cada uno ⁽¹⁾.

Para la identificación de un individuo con Síndrome de burnout existen diversos modelos de interpretación encontrados en la literatura ⁽¹²⁾:

- Valores predeterminados: AE > 26, DP >9 RP < 34, el que se utilizará en el presente trabajo.
- Según clasificación por cuartiles de cada subescala, teniendo como punto de corte los percentiles 75 y 25 para alto o bajo, respectivamente.

- Según clasificación por terciles de cada subescala, donde un valor alto de cada dimensión se encuentra por encima del percentil 66, y bajo, por debajo de 33.

Además del MBI, existen otros instrumentos ⁽⁵⁾ que permiten evaluar el síndrome de Burnout, varios de ellos evalúan aspectos diferentes a los 3 componentes clásicos:

- El Copenhagen Burnout Inventory (CBI) valora el desgaste personal, el relacionado al trabajo y el desgaste relacionado con el cliente
- El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome del quemado en el trabajo, esta escala española, a diferencia de los anteriores, incluye la “ilusión” (desilusión progresiva, pérdida del sentido del trabajo y las expectativas) como aspecto a evaluar como parte del Síndrome de burnout.
- El Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), a diferencia de los anteriores, solo evalúa el agotamiento y la falta de compromiso con el trabajo.

En la última edición del manual de Maslach, Jackson y Leiter en 1996 se presentan tres versiones del MBI. Para la evaluación del Síndrome de burnout en el presente trabajo se utilizara la versión MBI-HSS (*Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey*), instrumento modificado en 1986 y validado al idioma español para el personal de salud ⁽³⁴⁾.

9.2 Técnica

Se utilizó un cuestionario compuesta de 2 partes, la primera parte de datos sociodemográficos y la segunda parte el Maslach Burnout Inventory – HSS (MBI-HSS) (anexo 1) El MBI de Maslach y Jackson, es un instrumento auto administrado conformado por 22 ítems, que valoran en una escala de frecuencia de siete grados (0 = Nunca, 1 = Pocas veces al año o menos, 2 = Una vez al mes o menos, 3 = Unas pocas veces al mes o menos, 4 = Una vez a la semana, 5 = Pocas veces a la semana, 6 = Todos los días.) Las tres dimensiones que definen el burnout que son, Agotamiento o cansancio emocional (AE), Despersonalización (DP) y baja Realización personal (RP).

De la factorización de los 22 ítems resultan estas tres dimensiones medibles por medio de la escala:

- Cansancio o Agotamiento emocional (CE): Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) y alfa de Cronbach de 0,85⁽²⁹⁾; las puntuaciones serán: de 0 a 18 puntos un nivel de CE bajo; de 19 a 26, intermedio y 27 a más, alto. Las puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo.
- Despersonalización (DP): Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22) y tiene un alfa de Cronbach de 0,58⁽²⁹⁾; las puntuaciones serán de 0 a 5 puntos un nivel de CE bajo; de 6 a 9, intermedio y de 10 a más, alto. Puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo.
- Realización personal (RP): Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) y tiene un alfa de Cronbach de 0,71 ⁽²⁹⁾; las puntuaciones serán de 0 a 33 puntos un nivel de CE bajo; de 34 a 39, intermedio y de 40 a más, alto. Puntuaciones bajas en este apartado se relacionan con el Burnout.

Se considera como caso positivo de Síndrome de burnout al individuo que tenga puntuaciones altas en las dimensiones de AE (puntaje de 27 a más) y DP (puntaje de 10 a más) además de puntajes bajos en RP (puntaje de 33 a menos). Se deben mantener separadas las puntuaciones de cada dimensión y no combinarlas en una puntuación única, porque si se combinaran, no sería posible determinar cuál área es la más afectada.

10. Plan de recolección de datos.

Se coordinó con el médico representante del segundo año de los residentes de psiquiatría del HVLH el lugar y momento más idóneo según año de residencia para la realización de la toma del instrumento, la cual se realizó en la última semana de febrero del año 2018. Se explicó a cada participante los objetivos de la investigación y como realizar el correcto llenado de cada encuesta.

11. Plan de análisis estadístico

Todas las fichas de las encuestas respondidas fueron revisadas solo por la investigadora y guardadas en un sobre cerrado hasta el momento de procesar los datos.

Se realizó un análisis descriptivo de los resultados obtenidos a través de los cuestionarios utilizando el programa Microsoft Excel 2013, se presentan tablas y

gráficos para ver la distribución de frecuencia en cada caso, estas se detallan más adelante.

12. Consideraciones éticas y consentimiento informado

Se obtuvo la aprobación del proyecto y permiso para la investigación del departamento de docencia e investigación, así como del Comité de ética del Hospital Víctor Larco Herrera.

En esta investigación se siguió los principios básicos de Ética y Bioética, se respetó el principio de autonomía, la participación en la investigación con el llenado de los cuestionarios fue de manera libre y voluntaria. Cada Médico residente de la especialidad de psiquiatría participante firmó el formato de consentimiento informado, aceptando de esta manera su participación en la investigación (Anexo 2). El cuestionario fue llenado de forma anónima,

CAPITULO III

13. RESULTADOS

Se aplicó el cuestionario a un total de 42 Médicos residentes de la especialidad de psiquiatría.

Durante la aplicación se excluyeron a 9 Médicos residentes que estaban en rotaciones fuera del Hospital, 3 que no aceptaron ser parte de la investigación y 1 cuestionario que fue mal llenado.

El total de participantes final fue de 29 Médicos residentes: 11 de primer año, 12 de segundo y 6 de tercero.

13.1 Características sociodemográficas de los Médicos residentes participantes.

Figuras 1. Describe la distribución de los participantes según sexo; el 65.52% (19/29) de participantes fue de sexo femenino.

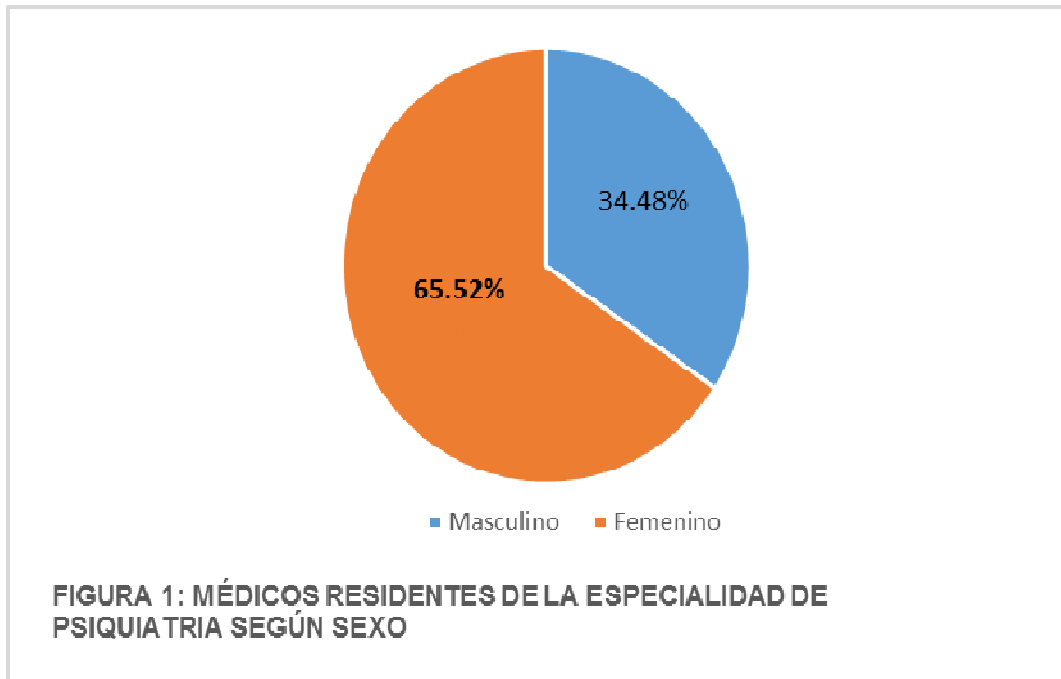


Figura 2. Describen la distribución de los participantes de acuerdo a edad; el 65.53% (19/29) de médicos residentes tenían de 25 a 34 años, el 27.58% (8/29) tenían de 35 a 44 años, el 6.89% (2/29) tenían de 45 a 54 años. Ninguno de los participantes tuvo más de 54 años.

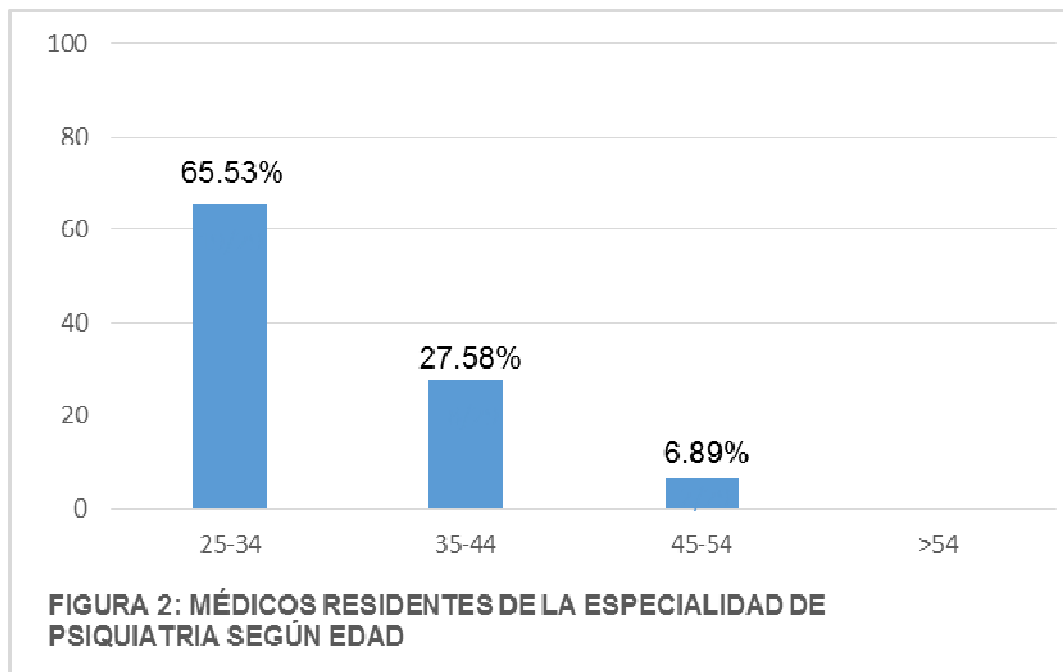


Figura 3. Describe la distribución de los participantes según estado civil; el 72.43% (21/29) de participantes fueron solteros. Ninguno de los participantes fue viudo.

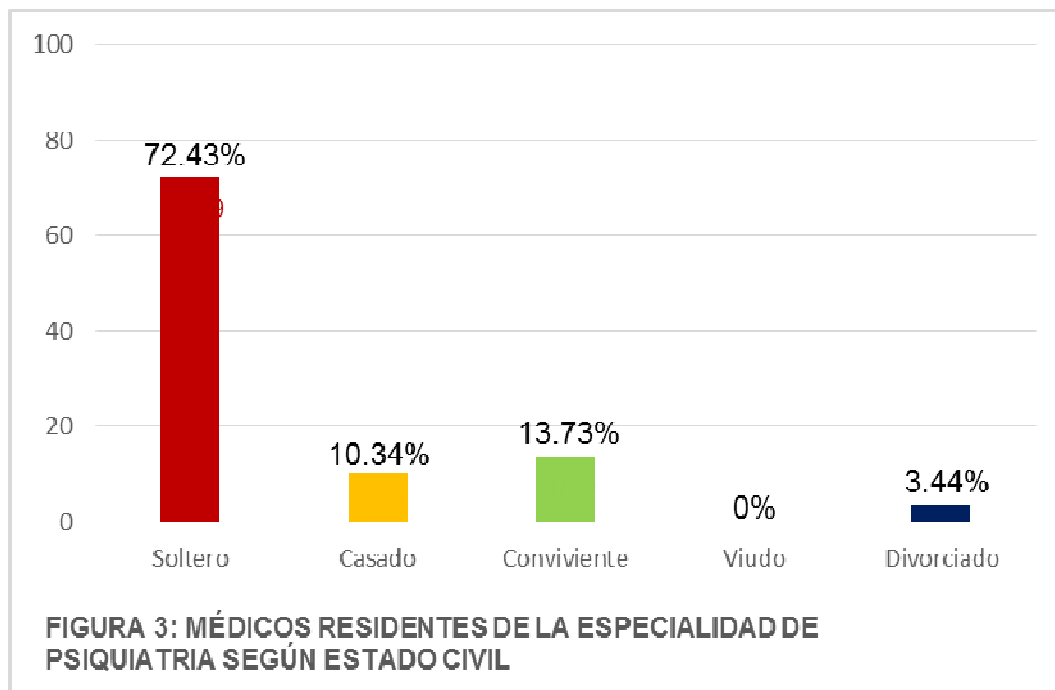
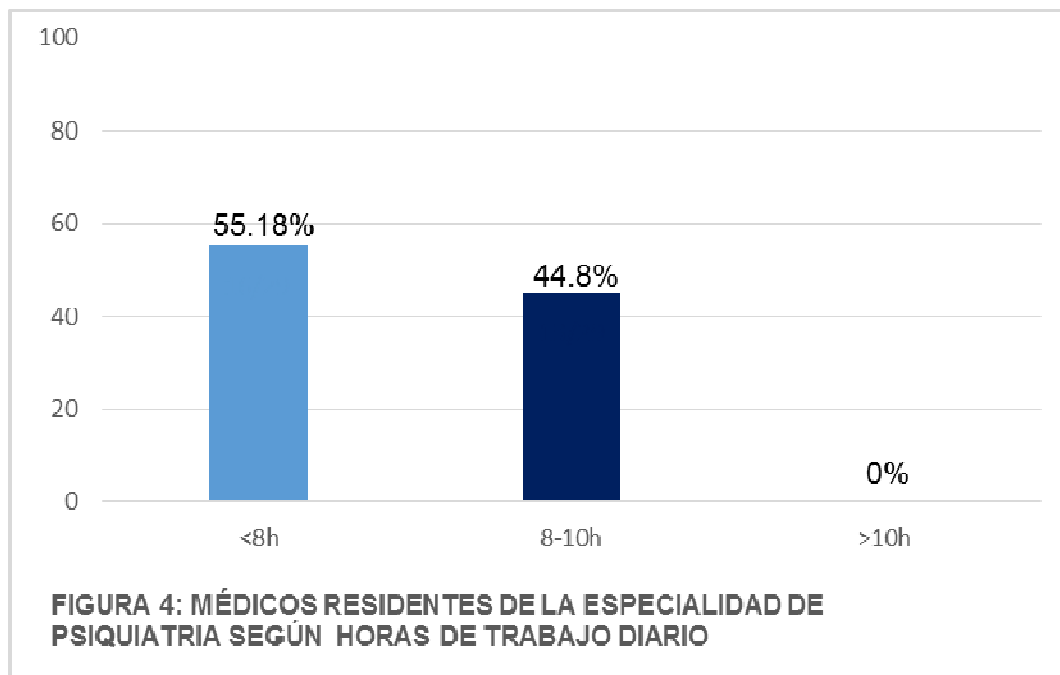


Figura 4. Describe la distribución de los participantes según horas de jornada laboral diaria; el 55.18% (16/29) trabajaba menos de 8 horas por día y el 44.82% (13/29) trabajaba de 8 a 10 horas por día. Ninguno de los participantes trabajaba más de 10 horas por día.



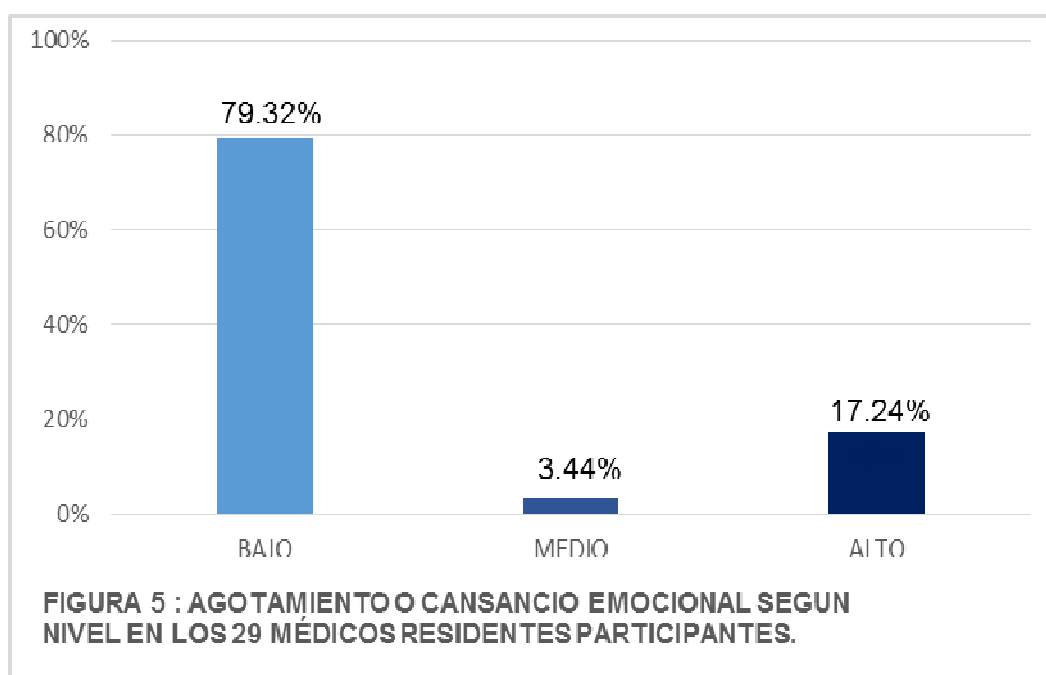
13.2 Características del síndrome de burnout de acuerdo a sus dimensiones en los Médicos residentes participantes.

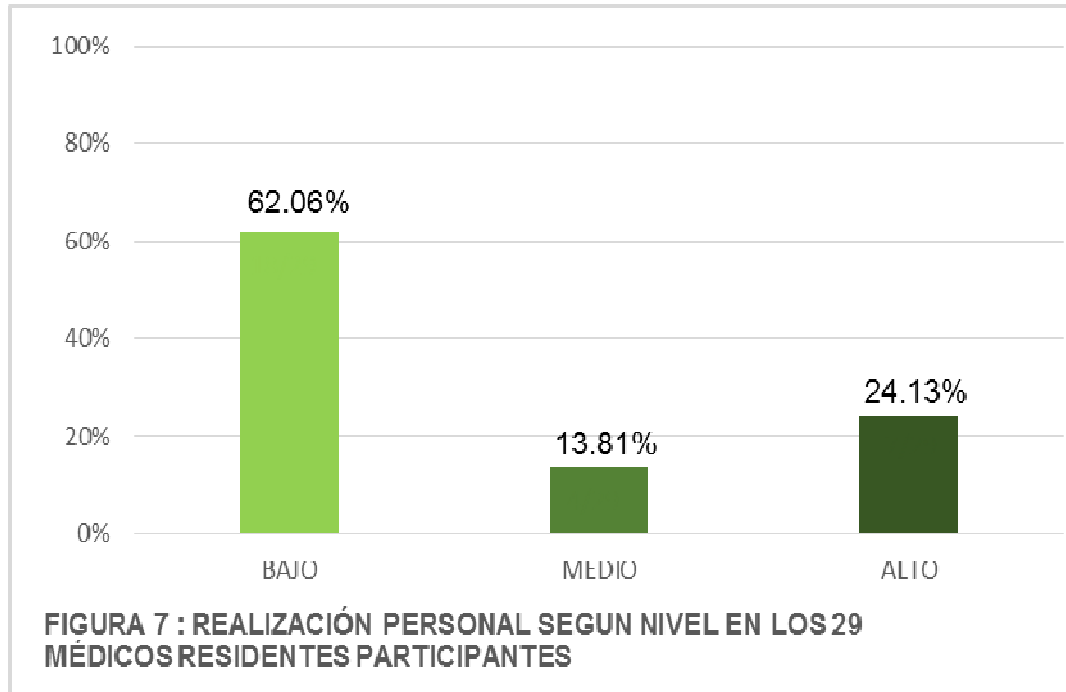
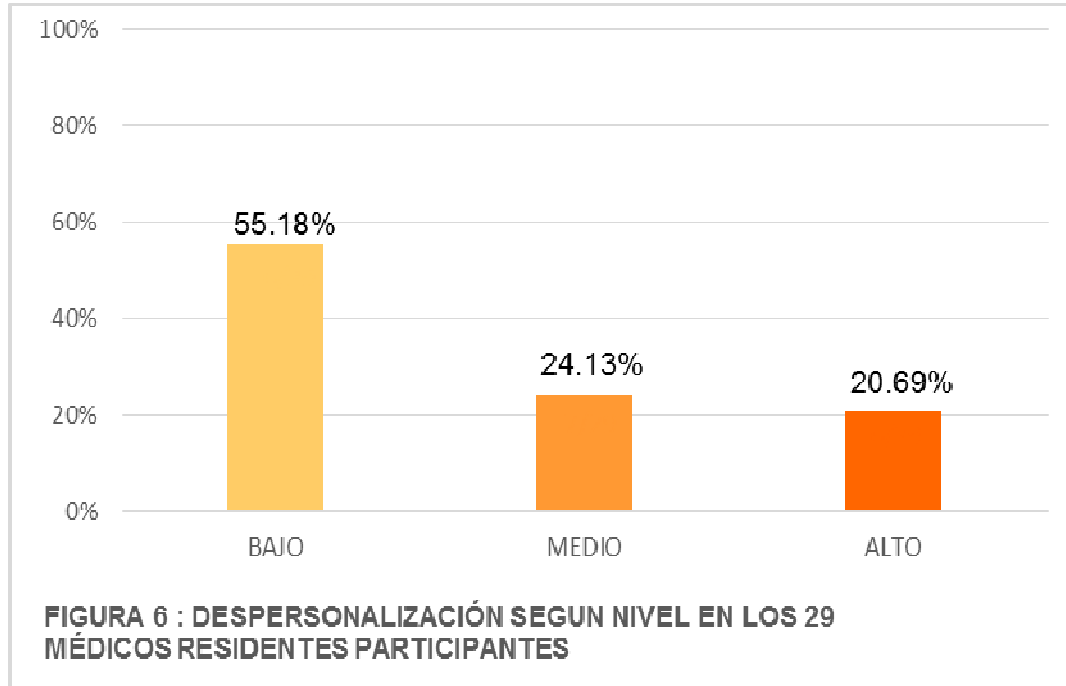
Tabla 2: Se encontró un 89.65% (26/29) de los participantes que tenía un cansancio o agotamiento emocional de nivel bajo; un 55.18% (16/29) tenía un nivel de despersonalización bajo y 62.06% (18/29) tenía también un nivel bajo de sensación de realización personal.

TABLA 2: DIMENSIONES DEL SINDROME DE BURNOUT SEGÚN NIVELES EN LOS 29 RESIDENTES PARTICIPANTES

<i>DIMENSIONES DEL SINDROME DE BURNOUT</i>	<i>NIVELES</i>					
	<i>BAJO</i>		<i>MEDIO</i>		<i>ALTO</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Cansancio o agotamiento emocional</i>	26	89.65	1	13.79	2	6.89
<i>Despersonalización</i>	16	55.18	7	24.13	6	20.69
<i>Realización personal</i>	18	62.06	4	13.18	7	24.13

Lo anterior se muestra con más detalle en las **figuras 5, 6 y 7**.





A continuación en las **figuras 8, 9 y 10** se detalla la distribución de las dimensiones del Síndrome de burnout por niveles del primero al tercer año de residentado médico de psiquiatría.

Figura 8: El 72.72% (8/11) tenía un nivel bajo de cansancio o agotamiento emocional, el 54.54% (6/11) tenía un nivel bajo en la dimensión de despersonalización y el 81.82% (9/11) tenía un nivel bajo de sensación de realización personal.

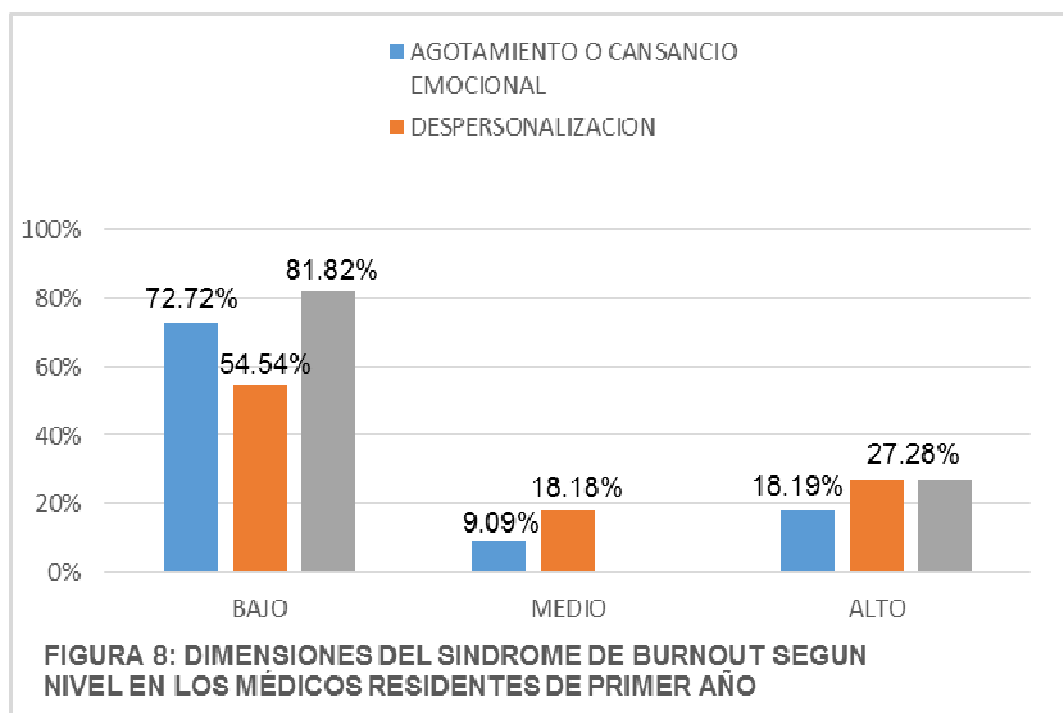


Figura 9: El 75% (9/12) tenía un nivel bajo de cansancio o agotamiento emocional, el 58.33% (7/12) tenía un nivel bajo en la dimensión de

despersonalización y el 50% (6/12) tenía un nivel bajo de sensación de realización personal.

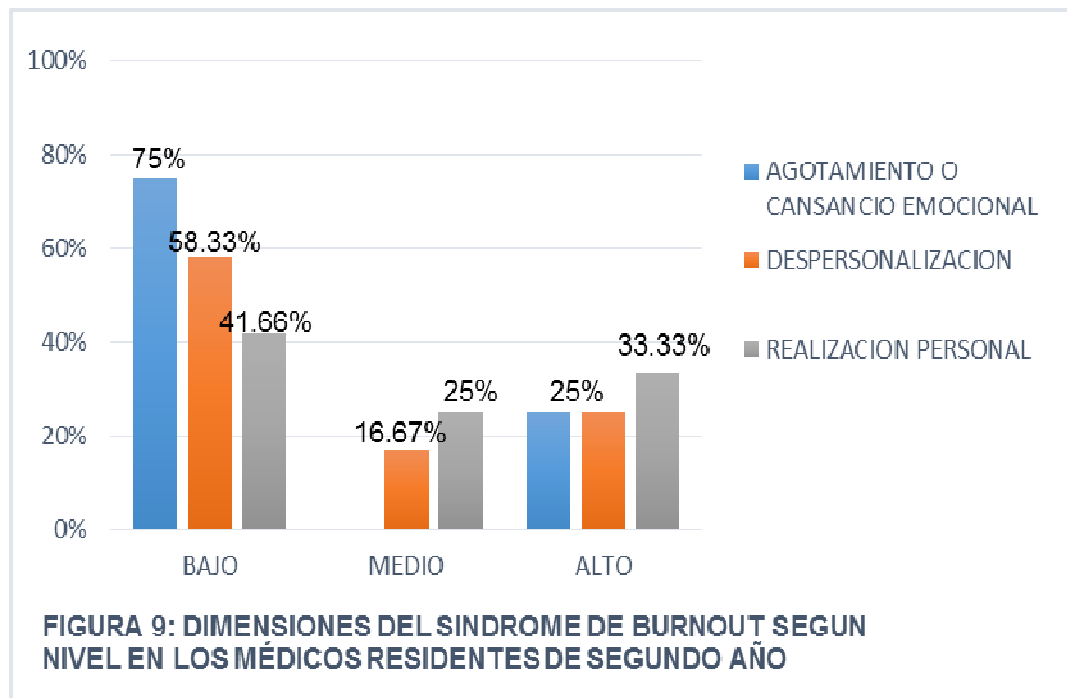
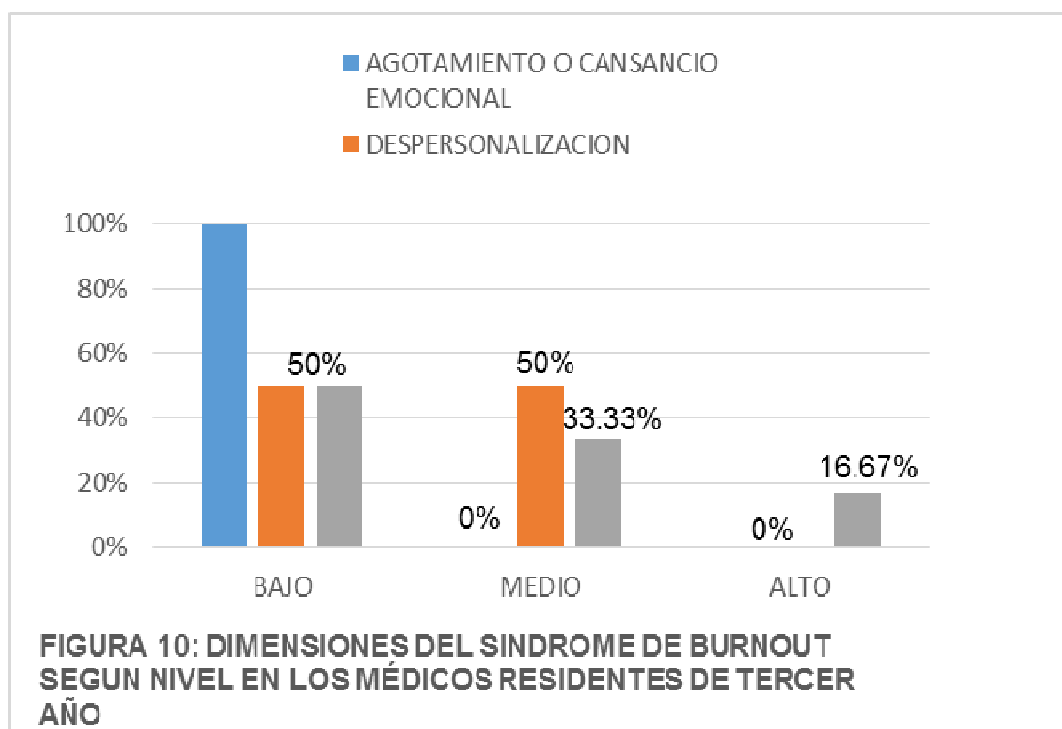


Figura 10: El 100% (6/6) tenía un nivel bajo de cansancio o agotamiento emocional, el 50% (3/6) tenía un nivel bajo en la dimensión de despersonalización y el 50% (3/6) tenía un nivel bajo de sensación de realización personal.



A continuación se muestra en detalle la frecuencia del Síndrome de burnout en los médicos residentes según las variables sociodemográficas

Figura 11 Se encontró una frecuencia de Síndrome de burnout de 17.24% (5/29) entre los médicos residentes de la especialidad de psiquiatría del HVLH.

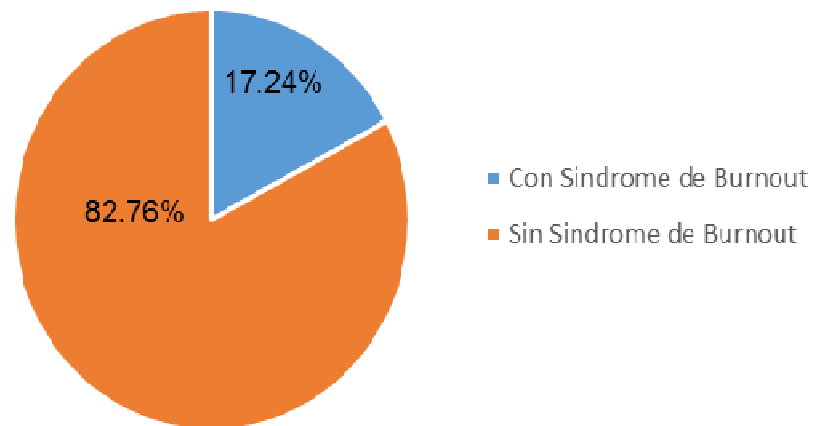
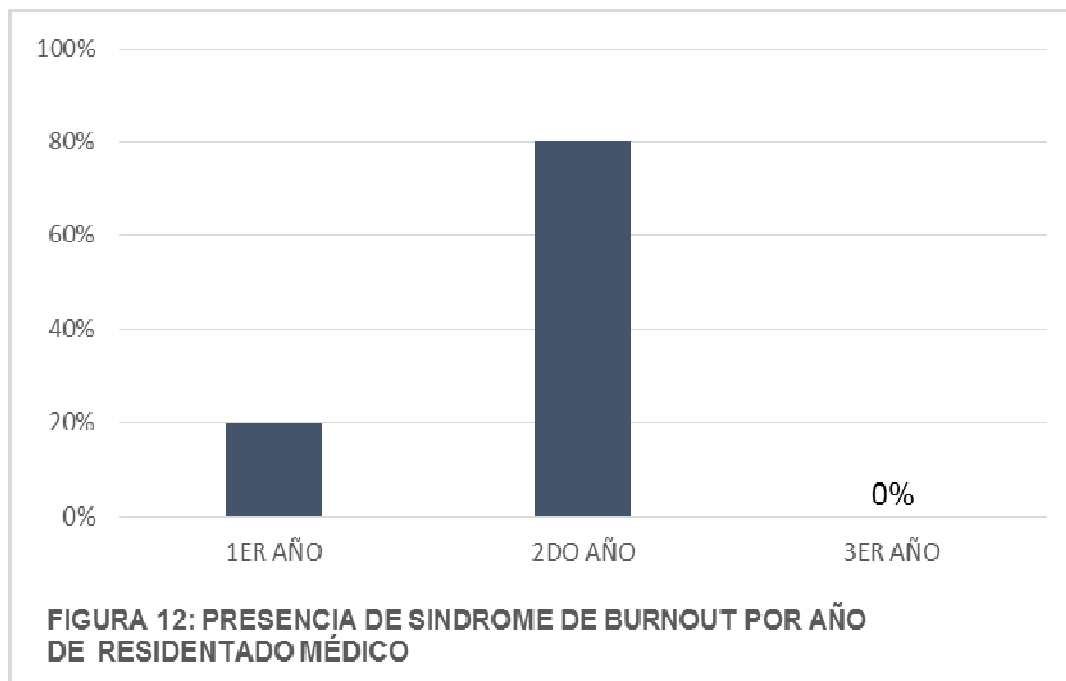
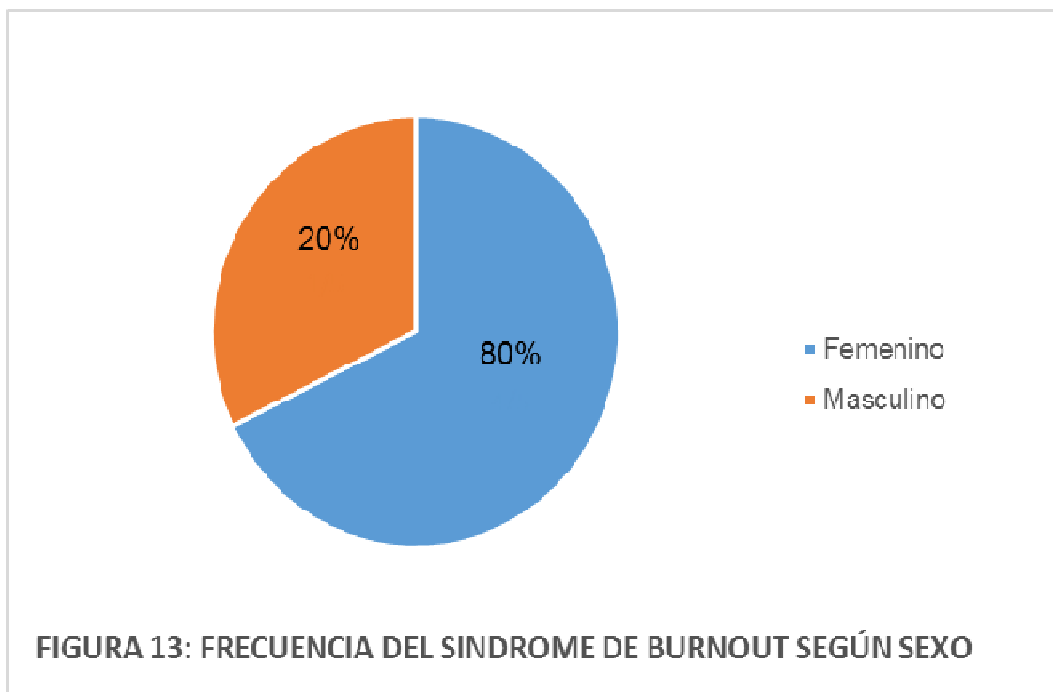


FIGURA 11: FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HVLH

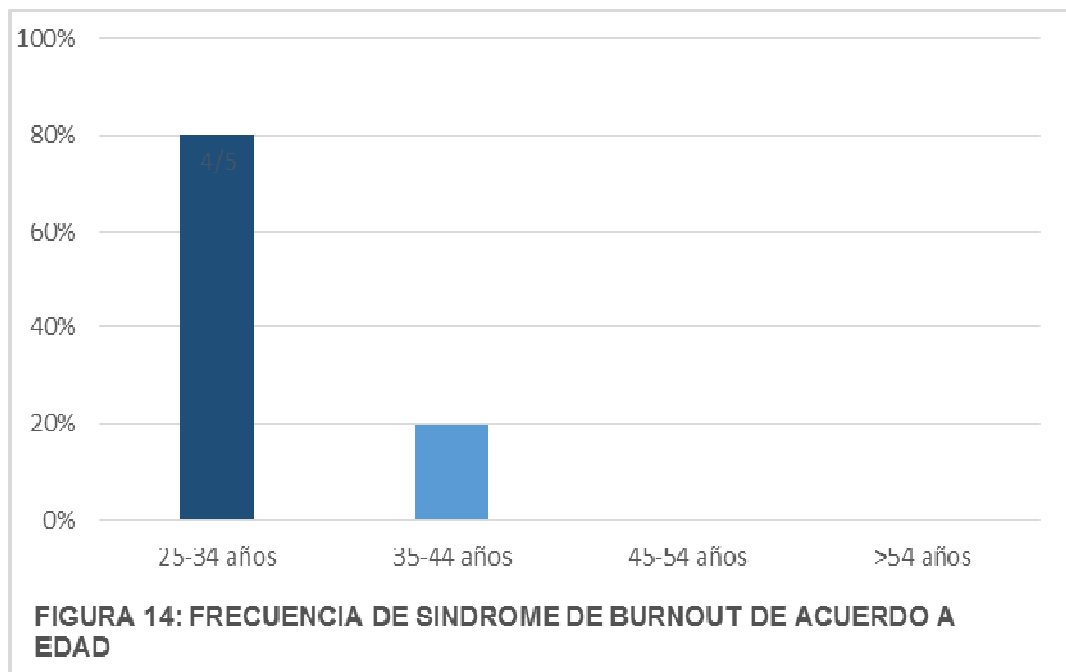
En la **figura 12** se detalla la frecuencia del Síndrome de burnout según año de residencia; se halló un 20% (1/5) de participantes con Síndrome de burnout en el primer año; en segundo año un 80% (4/5) presentaba Síndrome de burnout.



La **figura 13** detalla la frecuencia de Síndrome de burnout según sexo de los participantes. Se encontró que 80% (4/5) fue femenino.

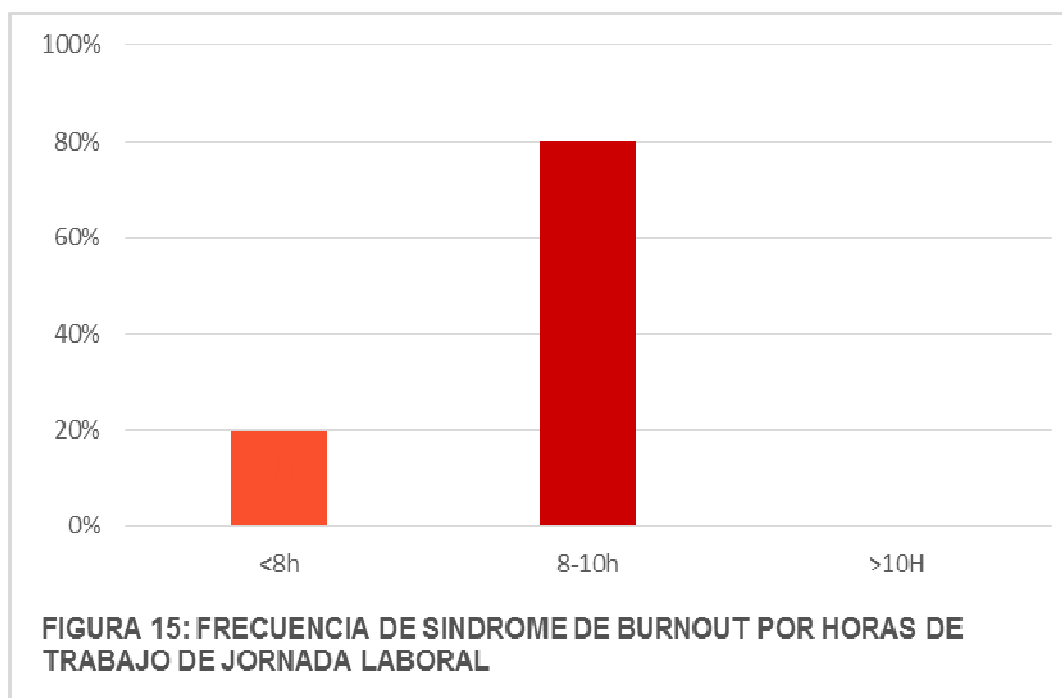


En la **figura 14** se detalla la frecuencia del Síndrome de burnout de acuerdo a edad de los participantes. Se encontró un 80% (4/5) de Síndrome de burnout en aquellos participantes que tienen de 25 a 34 años. Los que tienen de 35 a 44 años presentaron Síndrome de burnout en un 20% (1/5). Los participantes de 45 a 54 años no presentaron Síndrome de burnout. Ninguno de los participantes tiene más de 54 años.



En cuanto a frecuencia de Síndrome de burnout según estado civil de los participantes. Se encontró que un 100% (5/5) de los participantes que presentan Síndrome de burnout eran solteros.

En la **figura 15** se detalla la frecuencia de Síndrome de burnout según horas de trabajo de jornada laboral. Se encontró un 20% (1/5) de los que presentan Síndrome de burnout trabajan menos de 8 horas por día y el restante 80% (4/5) trabajan de 8 a 10 horas diarias.



14. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se encontró una frecuencia del Síndrome de burnout en los médicos residentes de la especialidad de psiquiatría de 17.24% (5/29). Esto difiere de la frecuencia de Síndrome de burnout a nivel nacional en personal médico y de enfermería (2.8%) hallada por Maticorena-Quevedo ⁽¹²⁾ en el 2014. También a la prevalencia de Síndrome de burnout en (3.78%) hallada por Arteaga-Romani en el 2013 en personal de salud en Ica ⁽¹³⁾. Estas diferencias se podrían deber a, como se menciona líneas arriba, las diferencias de las exigencias de la especialidad de psiquiatría con respecto a las otras especialidades estudiadas en los mencionados trabajos. Sin embargo, nuestros resultados se acercan a la prevalencia de Síndrome de burnout hallada por Mariños (54.9%) en médicos residentes de todas las especialidades del Hospital Cayetano Heredia

en el 2012 donde también se tuvo una alta prevalencia de síntomas depresivos asociados (32%).

En comparación con experiencias internacionales, la presente investigación determinó una frecuencia de SB de 17.24%, encontrándose una menor frecuencia que la presentada por Jovanović y cols ⁽¹⁵⁾ (36.7%) en su estudio en médicos residentes de psiquiatría de 22 países europeos, y con la de Berrio Cuartas ⁽¹⁶⁾ que fue de un 30.32% en su estudio de médicos residentes de psiquiatría de la Argentina. La investigación de Amaya Abella ⁽³⁵⁾ en médicos residentes de psiquiatría colombianos presentó frecuencias menores (6.7%) a las del presente estudio.

Al analizar los resultados por dimensiones se encontró un CE de nivel bajo en un 79.32% de los participantes, estos resultados son similares a los encontrados por Apaza ⁽¹⁷⁾ en el Hospital Valdizán con 69.4%; en cambio en médicos residentes de psiquiatría de Bogotá se encontró esta dimensión en nivel alto en un 50% de los participantes. En su estudio en médicos residentes de psiquiatría argentinos, Berrio Cuartas también encontró un promedio alto de CE en los participantes. Jovanović y cols, así mismo encontraron 59% de participantes con CE alto contrastante con solo el 17.24% encontrado en este estudio. Estas diferencias encontradas nos llevan a investigar más en cuanto a la existencia o no de técnicas de protección desarrolladas por los médicos residentes nacionales para no desarrollar CE.

En cuanto a la dimensión de despersonalización, se encontró que el 55.18% de los participantes tenían un nivel bajo de esta, Apaza encontró, así mismo un nivel bajo de DP en el 80.6% de su muestra. Estos resultados no son similares a los otros trabajos mencionados: Berrio Cuartas obtuvo un nivel medio de DP mientras que Jovanović y cols y Amaya Abella encontraron 45% y 41% de

participantes con un nivel alto de esta dimensión, respectivamente. Como en el caso anterior se debería investigar si estas diferencias notables se deben a prácticas o técnicas de protección desarrolladas por los mismos médicos residentes o al sistema de residentado nacional o a la idiosincrasia del país.

En la sensación de realización personal el 62.66% de médicos residentes que participaron en este estudio tenía un nivel bajo de esta dimensión, Apaza encontró 75% con el mismo nivel en sus resultados, Berrios Cuartas encontró que en promedio su muestra tenía niveles bajos de RP y en el estudio de Amaya Bello el 52% tenía un nivel medio y 10% bajo. En el estudio de Jovanović y cols solo un 20% de todos los participantes tuvieron nivel bajo de RP. En comparación, solo los estudios peruanos en médicos residentes de psiquiatría demuestran tasas bajas de sensación de RP habrían que llevarse a cabo estudios analíticos para determinar, porque los resultados nacionales parecen ser contrarios a los de otras partes del continente.

Al analizar la presencia de Síndrome de burnout en según las variables sociodemográficas se encontró que el 80% (4/5) de los afectados con Síndrome de burnout en era de sexo femenino los otros trabajos mencionados también encontraron Síndrome de burnout en en mayor frecuencia en el sexo femenino como Berrios Cuartas, Jovanović y cols con un 57.35% y 58.9% respectivamente. Apaza menciona por otro lado similares tasas entre varones y mujeres.

El 80% (4/5) de los afectados con Síndrome de burnout en tenían un rango de edad 25 a 34 años, en promedio 29.5, es de remarcar que presentan prácticamente el mismo promedio de edad que el de los médicos residentes de psiquiatría argentinos afectados por Síndrome de burnout en en el trabajo de

Berrios Cuartas, 29.6, y el de los médicos residentes de psiquiatría de 22 países europeos en el trabajo de Jovanović y cols que fue de 31.3.

En cuanto a Síndrome de burnout en por horas de trabajo en la jornada laboral se obtuvo que el 80% (4/5) de los afectados trabaja de 8 a 10 horas por día, el otro 20% (1/5) trabaja menos de 8 horas. El trabajo de Jovanović y cols muestra porcentajes similares con un 72.6% de médicos residentes con Síndrome de burnout en en aquellos que trabajan más de 48 horas a la semana.

Comparando el porcentaje de participantes afectados por años de residentado en este trabajo se obtuvo que el 60% (3/5) de los afectados pertenece a segundo año y el 40% (2/5) restante a primer año; el único otro trabajo que divide a su población por año de residentado y afección por Síndrome de burnout en es el de Berrios Cuartas, su sistema de residentado es de 4 años; se encontró diferencias en cuanto a que el primer año mostró, para ese país, ser el de menor frecuencia de Síndrome de burnout en con un 8.51% en comparación a nuestro estudio que presenta un 40% de afectados en este año; el segundo año fue el más afectado con un 36.7% de casos; el tercer y cuarto año mostraron similar tasa de 21% y 27% en contraste con el 0% de nuestro estudio. Es interesante mostrar que aún con la diferencia de porcentajes entre los dos estudios, 80% nuestro versus 36.7% argentino, siempre el segundo año es el que presenta la más alta prevalencia de Síndrome de burnout en, esto contrasta con el supuesto generalizado de que el primer año de residentado médico es el de más afectado por esta condición.

CAPITULO IV

15. CONCLUSIONES.

- La dimensión que mostro un nivel más bajo entre los médicos residentes fue la realización personal con un 62.66% de afectados.
- Las dimensiones de cansancio o agotamiento emocional y despersonalización tuvieron un nivel alto solo en 17.24% y 20.69% de médicos residentes, respectivamente.
- La frecuencia del síndrome de Burnout en los médicos residentes de la especialidad de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera fue de 17.24% en febrero del año 2018.
- Se encontró Síndrome de burnout en con más frecuencia en residentes de segundo año, del sexo femenino, solteras y que trabajan un número de 8 a 10 horas por día.

16. RECOMENDACIONES

Se encontró una baja sensación de realización personal entre los participantes, discordante con todos los trabajos revisados. Esto hace necesario futuras intervenciones a profundidad para determinar las causas del porqué de estos resultados.

Se recomienda realizar futuras investigaciones a nivel de Hospitales nacionales para tener un panorama más amplio sobre el verdadero impacto de este Síndrome entre los médicos residentes de la especialidad de psiquiatría y de esta manera implementar estrategias para reducir el impacto negativo sobre la salud de esta población.

Los resultados serán compartidos con las jefaturas del personal de salud y el área de recursos humanos para que puedan implementar estrategias de protección en el personal de salud para que no desarrollen Síndrome de burnout en, lo que ayudaría a mejorar el desarrollo profesional y, sobre todo, la calidad de atención a los pacientes.

17. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*. 1981;2(2):99-113.
2. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan Journal of Medicine*. 2014;9(1):23556.
3. Loya-Murguía K, Valdez-Ramírez J, Bacardí-Gascón M, Jiménez-Cruz A. El síndrome de agotamiento en el sector salud de Latinoamérica: revisión sistemática [Internet]. *Revistas.proeditio.com*. 2017 [accedido 07 de enero 2018]. Disponible en: <http://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/2060>.
4. Organización Mundial de la Salud. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Médica Panamericana; 1994.
5. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo L. Síndrome de Burnout [Internet]. *Scielo.sa.cr*. 2015 [accedido 07 de enero 2018]. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014.
6. IEMS- OMS. Informe sobre los servicios de Salud Mental del Subsector Ministerio de Salud del Perú 2008. [Accedido 07 enero 2018]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/09_saludmental_minsa2008.pdf.
7. Johnson J, Hall L, Berzins K, Baker J, Melling K, Thompson C. Mental healthcare staff well-being and burnout: A narrative review of trends, causes, implications, and recommendations for future interventions. *International Journal*

8. Maticorena-Quevedo J, Beas R, Anduaga-Beramendi A, Mayta-Tristán P. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, Ensusalud 2014. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Internet]. 2016 [Accedido 7 enero 2018] 33(2):241. Disponible en: <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2170/2145>
9. Morse G, Salyers M, Rollins A, Monroe-DeVita M, Pfahler C. Burnout in Mental Health Services: A Review of the Problem and Its Remediation. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research [Internet]. 2012 [cited 7 January 2018];39(5):341-352. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3156844/>
10. Rössler W. Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2012;262(S2):65-69.
11. Berrio Cuartas D, Mazzoglio y Nabar M, Peskin V, Furman M, Falicoff J, Muñiz M et al. Burnout en psiquiatras en formación a nivel nacional: Estudio transversal de los aspectos poblacionales, sociales y formativos [Internet]. Journal.intramed.net. 2018 [accedido 10 enero 2018]. Disponible en: http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/view/651
12. KUMAR S. Burnout in psychiatrists [Internet]. World Psychiatry.2007 [cited 15 January 2018] 6(3): 186–189.. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2175073/>
13. Volpe U, Luciano M, Palumbo C, Sampogna G, Del Vecchio V, Fiorillo A. Risk of burnout among early career mental health professionals. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing [Internet]. 2014 [cited 10 January 2018];21(9):774-781. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.12137/pdf>

14. Holmqvist R, Jeanneau M. Burnout and psychiatric staff's feelings towards patients. *Psychiatry Research* [Internet]. 2006 [accedido 15 enero 2018]; 145(2-3):207-213. Disponible en: [http://www.psychiatryjournal.com/article/S0165-1781\(06\)00015-1/pdf](http://www.psychiatryjournal.com/article/S0165-1781(06)00015-1/pdf)
15. Salvagioni D, Melanda F, Mesas A, González A, Gabani F, Andrade S. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLOS ONE*. 2017;12(10):e0185781.
16. Imo U. Burnout and psychiatric morbidity among doctors in the UK: A systematic literature review of prevalence and associated factors. *BJPsych Bulletin* [Internet]. 2017 [Accedido 07 enero 2018]. 41(04):197-204. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5537573/pdf/pbrcpsych_41_4_004.pdf
17. Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Medical Education*. 2015;50(1):132-149.
18. Gouveia P, Ribeiro Neta M, Aschoff C, Gomes D, Silva N, Cavalcanti H. Factors associated with burnout syndrome in medical residents of a university hospital. *Revista da Associação Médica Brasileira* [Internet]. 2017 [Accedido 7 enero 2018]. 63(6):504-511. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302017000600504&lng=en&nrm=iso&tlng=en
19. Arteaga-Romani A, Junes-Gonzales W, Navarrete-Saravia A. Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Salud [Internet]. *Rev méd panacea*. 2014 May-Ago; [Accedido 7 enero 2018] 4(2): 40-44. Disponible en: <http://rev.med.panacea.unica.edu.pe>
20. Mariños A, Otero M, Málaga G, Tomateo J. Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes. Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. *Revista Medica Herediana* [Internet]. 2012 [accedido 10 enero 2018];22(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000400003

21. Jovanović N, Podlesek A, Volpe U, Barrett E, Ferrari S, Rojnic Kuzman M et al. Burnout syndrome among psychiatric trainees in 22 countries: Risk increased by long working hours, lack of supervision, and psychiatry not being first career choice. *European Psychiatry*. 2016;32:34-41..
22. Apaza E, Mendoza E, Zegarra R, Yoshiyama M. Prevalencia y características sociodemográficas y laborales asociadas al síndrome de burnout en médicos psiquiatras en un hospital de salud mental en Lima, Perú. 2009 [Internet]. *Revista de psiquiatría y salud mental "Hermilio Valdizan"* [Accedido 7 enero 2018] 12(2): 27-36. Disponible en: http://www.hhv.gob.pe/revista/2011II/2011_2_02.pdf
23. Gutiérrez Aceves G, Celis López M, Moreno Jiménez S, Farias Serratos F, Suárez Campos J. Síndrome de burnout [Internet]. *Medigraphic.com*. 2006 [accedido 10 enero 2018].11 (4), 305-309. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>
24. Ferrari S, Cuoghi G, Mattei G, Carra S, Volpe. Et al. Young and burnt? Italian contribution to the international BurnOut Syndrome Study (BOSS) among residents in psychiatry. *La Medicina del lavoro* .2015.106 (3): 172-85
25. Bianchi R, Schonfeld I, Laurent E. Burnout–depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review* [Internet]. 2015 [cited 15 January 2018];36:28-41. Available from: http://www.laurent-lab.com/wa_files/Bianchi_20R_20et_20al_20_282015c_29.pdf
26. Martínez Pérez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. 2010;0(112):42.
27. Dyrbye L, Massie F, Eacker A, Harper W, Power D, Durning S et al. Relationship Between Burnout and Professional Conduct and Attitudes Among US Medical Students. *JAMA* [Internet]. 2010 [cited 15 January 2018];304(11):1173. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/186582>

28. Mejia C, Valladares-Garrido M, Talledo-Ulfe L, Sánchez-Arteaga K, Rojas C, Arimuya J et al. Síndrome de Burnout y factores asociados en estudiantes de medicina: Estudio multicéntrico en siete facultades de medicina peruanas. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* [Internet]. 2016 [cited 15 January 2018];54(3):207-214. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v54n3/art05.pdf>
29. Nakandakari M, De la Rosa D, Failoc-Rojas V, Huahuachampi K, Nieto W, Gutiérrez A et al. Síndrome de burnout en estudiantes de medicina pertenecientes a sociedades científicas peruanas: Un estudio multicéntrico. *Revista de Neuro-Psiquiatría* [Internet]. 2016 [cited 15 January 2018]; 78(4):203. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v78n4/a03v78n4.pdf>
30. 7. Soler J, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova R, Katic M et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice* [Internet]. 2008 [cited 15 January 2018];25(4):245-265. Available from: https://www.researchgate.net/publication/235985527_Burnout_in_European_family_doctors_The_EGPRN_study
31. Shanafelt T, Hasan O, Dyrbye L, Sinsky C, Satele D, Sloan J et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*. 2015;90(12):1600-1613.
32. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública* [Internet]. 2009 [cited 15 January 2018];83(2):215-230. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n2/original1.pdf>
33. Hospital Victor Larco Herrera - Relación de Personal 2017 [Internet]. Hospital Victor Larco Herrera. 2018 [accedido 19 febrero 2018]. Disponible en: <https://www.larcoherrera.gob.pe/inf-de-personal/95-relacion-de-personal/3768-relacion-de-personal-2017.html>

34. Gil-Monte P. Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2005 [Accedido en 07 enero 2018];39(1):1-8. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=en
35. Amaya Bello G. Síndrome de burn-out en médicos médicos médicos residentes de psiquiatría en Bogotá (COLOMBIA), 2015 [Magister en recursos humanos]. Universidad de Buenos Aires; 2016.

Anexo 1

Instrumento de recolección de datos

N° ____

I. Datos sociodemográficos y laborales

Año de residencia: 1° 2° 3°

Sexo: Femenino Masculino

Edad	25-34a	35-44a	45-54a	>54a	
Estado civil	Soltero	Casado	Conviviente	Viudo	Divorciado
Horas de jornada laboral por día	<8h	8-10	>10h		

II. Cuestionario de Burnout de Maslach

Señale a continuación, la respuesta que crea oportuna según la frecuencia con que siente los siguientes enunciados:

0 = Nunca 1 = Pocas veces al año o menos 2 = Una vez al mes o menos
3 = Unas pocas veces al mes 4 = Una vez a la semana 5 = Pocas veces a la semana
6 = Todos los días

		0	1	2	3	4	5	6
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.							
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.							
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.							
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.							

6	Siento que trabajar todo el día con gente me cansa.							
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.							
8	Siento que mi trabajo me está desgastando.							
9	Siento que estoy influyendo positivamente la vida de otras personas a través de mi trabajo.							
10	Siento que me he hecho más duro con la gente.							
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.							
13	Me siento frustrado con mi trabajo.							
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.							
15	Siento que realmente no me importa lo que le ocurra a mis pacientes.							
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.							
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.							
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.							
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en el trabajo.							
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.							
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.							
22	Me parece que mis pacientes me culpan de alguno de sus problemas.							

Anexo 2

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN PARA PERSONAL DE SALUD

INVITACIÓN A PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN:

“Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos médicos médicos residentes de la especialidad de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera en Lima en febrero del año 2018”

Reciba cordiales saludos:

El propósito de este formato de consentimiento es dar a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la estudiante Marjorie Isabelle Palomino Flores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout entre médicos médicos médicos residentes de este Hospital en febrero 2018.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de la presente encuesta. El tiempo aproximado de llenado es de 10 minutos. La participación en este estudio es voluntaria y la información aquí recogida será estrictamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número y por lo tanto, se garantiza el anonimato del participante.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Cualquier duda o consulta relacionada al proceso de la investigación sírvase comunicar con la investigadora principal: correo electrónico: mipalominoflores@gmail.com; teléfono de contacto 995173511, o en su defecto con el/la presidente/a del CIEI del HVLH.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

FIRMA